

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

### Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :	MACTOUF EL HOUCEINE	
Matricule :	0947	N° CIN :
Adresse :	C/S 866 My Bouchaâb Rue 25 N 93 Casab.	
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :	Dr. EL GRABNI OTHA	Spécialité :	Hématologue clinique
N° ICE :	002104717000091	N° INPE :	MM76302
Certifie que Mlle, Mme, Mr :	KERROUNI FATHIA		
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie		

### Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Ech. de monoblast des granules globuleux myélographie, échogramme abdominal Aromt.



Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casab le 08/08/2022

Cachet et signature du médecin traitant :



\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées